

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

714
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COLONNA D'ISTRIA

Né à Ajaccio (Corse), le 2 septembre 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SERVICES OUVERTS
POUR MALADES MENTAUX

*Président : M. CLAUDE, Professeur de clinique des maladies
mentales et de l'encéphale.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COLONNA D'ISTRIA

Né à Ajaccio (Corse), le 2 septembre 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SERVICES OUVERTS
POUR MALADES MENTAUX

*Président : M. CLAUDE, Professeur de clinique des maladies
mentales et de l'encéphale.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTI N
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale.	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	CLOQUET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BOULIN. . . Pathologie médicale.
BULLIARD. . . Histologie.
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON. . . Physique.
FEY. . . . Urologie.
GALLIARD. . . Parasitologie.
GASTINEL. . . Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie
chirurgicale.
GAYET. . . . Physiologie.
GIROUD. . . . Histologie.
HAGUENAU. . . Pathologie médicale.
HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD. . . . Pharmacologie.
HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
JOANNON. . . . Hygiène.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LACOMME. . . . Obstétrique.
LANTUÉJOL. . . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE. . . Pathologie expérimentale.
LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU. . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN. . . . Pathologie médicale.
OBERLING. . . Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
cale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES. . . . Obstétrique.
RICHET. . . . Physiologie.
SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
SÈNÈQUE. . . . Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale.
TURPIN. . . . Pathologie médicale.
VIGNES. . . . Obstétrique.
WILMOTH. . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. . . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET. . . Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX. . . Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . .	} Clinique médicale.	BASSET. .	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCC . .	
AUBERTIN .		CADENAT .	
BRULÉ . .		GATELLIER.	
CHABROL. .		HEITZ-BOYER	
CHIRAY . .		MOURE. .	
DONZELOT .		QUÉNU. .	
DUVOIR . .		SCHWARTZ	
LIAN . . .		VELTER .	
PASTEUR VAL- LÉRY-RADOT			
SÉZARY . .			
ECALLE . .	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER .			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER. .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.	Puériculture.
RUPPE , . .	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR BRIN

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'École de Médecine d'Angers.

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR TESSON

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'École de Médecine d'Angers.

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR BRAC

Médecin des Hôpitaux d'Angers.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales
et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la légion d'Honneur.

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUEL

Professeur de Clinique obstétricale..

Directeur de l'École de Médecine

et de Pharmacie d'Angers.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENÉCHAU

Professeur de Clinique médicale

à l'École de Médecine d'Angers.

Chevalier de la légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

Professeur de Clinique chirurgicale

à l'École de Médecine d'Angers.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

Professeur d'Histologie à l'École de Médecine d'Angers.
Médecin honoraire des Hôpitaux.
Chevalier de la légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TURLAIS

Professeur de Physiologie à l'École de Médecine d'Angers
Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THOUVENIN

Professeur de Pathologie chirurgicale
à l'École de Médecine d'Angers.
Chirurgien des Hôpitaux.

A TOUS MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES BARUK

Médecin-Directeur
de la Maison de Santé Départementale de Maine-et-Loire.
Chevalier de la légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet
de ce travail et nous a guidé
de ses conseils. Qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de
notre très vive et très respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAUX

Médecin-Chef de Service
à la Maison de Santé Départementale de Maine-et-Loire.

*En le priant de croire à nos
sentiments très reconnaissants
et respectueux.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SERVICES OUVERTS POUR MALADES MENTAUX

INTRODUCTION

La question des services ouverts pour malades mentaux a été très débattue depuis le début du siècle et particulièrement depuis une quinzaine d'années.

Actuellement, de nombreux services ouverts fonctionnent; ils donnent d'excellents résultats. Mais de grands progrès sont encore à faire dans ce sens. Progrès dans l'opinion du public d'abord. Trop de gens ont une conception erronée des maladies mentales, ignorent leur diversité, leur curabilité et les considèrent comme des tares infâmes dont il faut se cacher à tout prix. D'où l'absence presque complète de mesures prophylactiques.

Progrès d'ordre, administratif et matériel. De nombreux médecins, désirant créer un service ouvert se sont heurtés à l'incompréhension des pouvoirs publics et n'ont pu, faute d'appuis, le réaliser.

Nous voudrions, au cours de ce travail, après un rapide coup d'œil sur l'histoire de l'assistance aux malades mentaux, rappeler quels ont été les premiers essais

de services ouverts, puis, nous fondant sur l'expérience du passé, exposer la conception que l'on peut en avoir aujourd'hui, chercher à en dégager l'utilité médicale et sociale et dire enfin s'il convient de les joindre aux asiles ou aux hôpitaux.

DÉFINITION

Le principe des services ouverts est celui-ci : ils ne doivent recevoir tout malade souffrant d'un trouble psychopathique que du moment qu'il accepte de se soumettre à la cure et tant que ses réactions ne comportent pas de danger manifeste pour autrui.

L'internement, la séquestration dans un service fermé tel que l'entend actuellement la loi en vigueur seraient ainsi réservés aux seuls sujets dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Quand une affection mentale vient à se déclarer, la famille se voit dans une alternative inéluctable : ou bien garder le malade chez elle, ou bien le placer dans un établissement spécial pour malades mentaux.

Si elle hésite, elle laisse passer la période de début si favorable à la guérison à cause de la complexité des formules et des démarches que nécessite l'internement et de l'inévitable publicité qui s'ensuit.

Le rôle du service ouvert est donc de permettre à certains malades de se faire soigner dès l'invasion de leur affection sans contraindre les familles à recourir à des formalités qui sont, dès le début, inutiles. Car un grand nombre de malades mentaux sont inoffensifs pour

eux-mêmes et pour autrui et d'aucuns demandent personnellement ou acceptent sans difficulté le traitement dans un service hospitalier. Pour ceux qui ne sont pas dangereux pour leur entourage et ne sont pas portés à des actes antisociaux, aucune restriction de leur liberté ni de leurs droits ne s'impose. Si, d'autre part, ils ne sont pas protestataires, c'est-à-dire s'ils n'élèvent pas de réclamation contre leur traitement et en particulier contre l'isolement thérapeutique que nécessite leur cure, rien ne s'oppose à ce qu'on les traite librement comme des malades atteints d'un autre organe que le cerveau : le foie, le rein, le cœur.

QUELQUES POINTS D'HISTOIRE

I. — AVANT LA LOI DE 1838.

Il ne saurait être question de faire, au cours de ce travail, un historique complet de l'assistance aux malades mentaux, ne fût-ce que depuis un siècle. On doit signaler cependant que la préoccupation d'isoler et de soigner les malades mentaux a existé dans l'ancienne monarchie française et que les réformes inaugurées par Pinel, ont laissé dans l'ombre les efforts très méritoires de ceux qui l'avaient précédé. Dans les travaux de Paul Sérieux, Jacques Vié, Libert, Carrette, nous trouvons des détails extrêmement intéressants sur l'organisation des premiers asiles pour psychopathes que furent la Bastille et la Maison de Saint-Lazare.

Dès le début du ^{xvii}e siècle, saint Vincent de Paul hébergeait à Saint-Lazare des malades mentaux. Il les appelait des *insensés* et des *vicieux*; il les considérait comme susceptibles de s'améliorer et dignes de soin.

Les règles qu'il avait édictées devaient être quelque peu oubliées par la suite et certaines injustices, des fautes, des violences mêmes devaient peu à peu entretenir dans l'esprit public une méfiance à l'égard de ces institutions et jeter le discrédit sur elles. Il est vraisemblable que ce sentiment encore actuel de phobie de l'internement

arbitraire, n'a pas été sans jouer un certain rôle dans le déclenchement de la Révolution française. Néanmoins, les préoccupations humanitaires et sociales ont existé en France bien avant le début de la médecine mentale et l'assistance aux aliénés a de beaucoup précédé leur étude scientifique.

On peut remarquer au passage, puisque nous étudions, dans ce travail, la question des services libres, que le principe de séparer les malades mentaux en aigus ou chroniques, lucides ou inconscients, inoffensifs ou dangereux, n'est pas d'inspiration récente. Déjà, au XVIII^e siècle, nous voyons qu'à côté des malades pour l'internement desquels l'autorité intervient, il en existe une autre catégorie dite de pensionnaires *libres ou de bonne volonté*.

« Il est une catégorie de pensionnaires tout à fait à part, écrivent Sérieux et Libert (1), pour l'entrée desquels l'autorité n'intervient pas. C'est celles des pensionnaires « libres » ou « de bonne volonté ». Il correspond aux sujets dits « nerveux » qui sont traités dans certains établissements modernes recevant, par ailleurs, des aliénés. Comme aujourd'hui, ces pensionnaires de « bonne volonté » ne sont soumis à aucune des règles qui régissent les pensionnaires aliénés. Ces sujets entrent librement dans les maisons d'aliénés pour s'y reposer ou parce qu'ils sont infirmes, sans famille, atteints de troubles mentaux légers, etc... Ils sont parfois qualifiés

(1) Sérieux et Libert. Le régime des aliénés en France au XVIII^e siècle (d'après les documents inédits). *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1914.

« d'esprits faibles ». Ils jouissent de la liberté de la campagne. Quand l'état mental se modifie on s'aperçoit parfois de l'impossibilité de conserver le malade avec les pensionnaires de bonne volonté. La nécessité s'impose alors de le placer avec les aliénés.

Inutile d'insister sur l'analogie qui existe entre les faits que nous citons et ce qui se passe dans nos maisons de santé privées recevant nerveux et aliénés : passage des « nerveux » dans la section des aliénés, en vertu d'une demande de placement volontaire. Les registres de Charenton nous donnent la preuve de la nécessité de l'intervention de l'autorité administrative pour transférer un pensionnaire « entré librement » dans les bâtiments fermés. En voici un exemple :

« Du 1^{er} novembre 1777, sieur Pierre Nicolas Thomas âgé de 26 ans 1/2, natif de Paris, paroisse de Saint-Paul, entré librement, suivant la convention faite avec ses parents, devant notaire, pour cause d'épilepsie...

Passé au bâtiment de l'Exil, en décembre 1780, à la suite d'un accès de folie et à ce autorisé par M. le Lieutenant général de Police.

(Arch. Nat., FF¹⁵ 95).

.....,..... »

Comme on le voit, l'idée du service ouvert se trouvait là à l'état embryonnaire. Mais cette façon de procéder était soumise à trop d'interprétations et laissait la porte ouverte à bien des abus. Un demi-siècle plus tard, sous le règne du roi Louis-Philippe, la grande loi sur le régime des aliénés en France devait éclaircir la situation mais.

en même temps, elle arrêta l'évolution de cette idée du traitement de certains malades en cure libre.

Au début du xix^e siècle, la situation juridique des aliénés est soumise à des courants contradictoires. Un des premiers actes de la Révolution avait été de prescrire un examen des séquestrations datant de l'ancien régime : la loi du 26 mars 1790, article 9, avait ordonné la visite médicale des personnes enfermées pour démence et prescrit selon le cas leur élargissement ou leur traitement, mais déjà la loi du 24 Vendémiaire an IX prescrivit le transfert des aliénés divaguants dans les asiles nouvellement créés. Lorsque, après les guerres du Premier Empire, le nombre des aliénés eût fortement augmenté, les mêmes problèmes se posent que tous les pays affrontent aujourd'hui et le législateur est placé devant un souci qui se répète toujours : celui de concilier le principe, que la Révolution vient de proclamer, de la liberté individuelle, avec le droit de la collectivité à se protéger contre l'individu dangereux.

A ce moment, l'élève favori de Pinel, Esquirol, prônait la nécessité d'un traitement précoce des psychopathes et réclamait déjà « l'hôpital pour aigus ». Dans un rapport au Ministère de l'Intérieur daté de 1818, il demandait la création de « petits établissements de 200 lits où serait tenté pendant deux ans au plus un essai de traitement pour chaque malade ; s'il était reconnu incurable, il serait aussitôt évacué dans un asile spécial.

La crainte des internements arbitraires et la nécessité d'une large assistance eurent pour conséquence qu'on passa outre à la demande d'Esquirol et qu'une loi fut

votée, celle du 30 juin 1838. A son époque, elle constitua un énorme progrès. Elle indiquait que les aliénés devaient être soignés dans des établissements spécialement désignés à cet effet. Elle protégeait les biens des aliénés.

Plus tard, différents essais de traitement devaient être faits : en particulier celui de Ferrus à la ferme de Sainte-Anne faisant travailler les aliénés. Mais ce n'avait été que des essais timides et isolés (P. Schiff).

II. — APRÈS LA LOI DE 1838.

Quelques projets de réforme. — A différentes reprises des efforts furent faits par les législateurs pour améliorer la loi de 1838 : Ce furent les projets de Th. Roussel (1867), de Gambetta et Magnier, de Rousseau et Joyeu, de Reinach et Lafont, de Dubief, de Grinda, de Strauss.

Leur but a été de garantir la liberté individuelle et d'éviter les internements hâtifs. Les derniers de ces projets ont essayé de faire admettre le principe de la cure libre, réalisant la nécessité du traitement précoce et évitant l'internement. Le projet du sénateur Paul Strauss demande « la création de services ouverts, annexés aux asiles » pour les malades mentaux dont l'état ne nécessite pas l'internement.

Colonies agricoles.

En 1891, le Conseil général de la Seine, sur l'initiative du D^r Auguste Marie, décidait la fondation dans deux

départements du centre de la France, de *colonies agricoles*, destinées à recevoir des malades tranquilles et à les occuper aux travaux des champs. Elles furent installées dans des villages où les malades étaient répartis dans les familles. Elles comprenaient une infirmerie centrale et des médecins spécialistes. Depuis leur création ces colonies agricoles ont reçu des milliers de malades de la Seine, mais elles n'ont, en général, admis que des malades chroniques dont le comportement permettait la vie en société.

PREMIERS SERVICES OUVERTS

I. — Les premiers services ouverts, c'est-à-dire des organisations destinées au traitement des maladies mentales et où les malades puissent entrer et être soignés sans être soumis aux formalités de l'internement, ont été créés dans les Hôpitaux.

Nous citerons, pour mémoire, celui qui fut installé en 1898, à Toulouse, par le professeur Remond; celui du professeur Regis, créé en 1902, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; celui du professeur Ballet, à l'Hôtel-Dieu, en 1904, ainsi que plus tard, ceux du professeur Claude, à Saint-Antoine et des D^{rs} Caussade et A. Marie à l'Hôpital Tenon.

II. — CLINIQUE D'ESQUERMES (LILLE).

En mai 1914, dans une étude parue dans l'*Informateur des Aliénistes et Neurologistes*, le professeur Raviart et le D^r Hannard, devant la nécessité d'une révision de la loi de 1838, prônaient « la création d'hôpitaux psychiatriques, indépendants des asiles, ouverts et spécialisés. Un minimum de formalités administratives exigées pour

entrer dans ces établissements devait permettre une « assistance précoce et véritablement efficace ».

A cette époque, l'expérience avait été faite depuis plus de seize mois et un service ouvert, la *Clinique départementale d'Esquermes*, à Lille, recevait des malades mentaux. Elle ne conservait que des malades considérés comme peu atteints et curables et renvoyait les autres dans les Asiles du département.

Dès le début, cet organisme donna toutes satisfactions et, dans l'étude citée plus haut, MM. Raviart et Hannard écrivaient : « Dès leur admission, les malades sont l'objet d'un examen minutieux qui permet de se rendre compte que l'on a affaire à une affection curable dans un délai relativement court ou si, au contraire, il s'agit d'une affection chronique; dans le premier cas, le malade est conservé et traité jusqu'à sa guérison; dans le deuxième, il est dirigé sur l'Asile d'Armentières ou sur celui de Bailleul, en vertu d'un arrêté préfectoral basé sur un certificat du directeur-Médecin en chef de la Clinique.

Les sacrifices ainsi consentis ont déjà donné d'excellents résultats puisque, fin juillet 1913, soit sept mois après l'ouverture, 57 malades sur 201 admis sont retournés chez eux guéris ou très améliorés. Quant aux autres 17 sont décédés à la Clinique, 64 ont été dirigés sur l'Asile d'Armentières et 63 sur celui de Bailleul. La durée du séjour de ces différents malades a varié de un jour à trois mois.

L'Hôpital est composé de bâtiments heureusement disposés entourés de cours spacieuses, de jardins et de parcs. L'aménagement intérieur a été prévu de façon à

permettre une sélection des malades suivant les exigences thérapeutiques de chaque cas. A cet effet, l'Hôpital qui compte 100 lits, se trouve divisé en de nombreux services, tout à fait distincts les uns des autres : service pour les sujets peu troublés, ou même dont l'état d'aliénation serait douteux; service pour les malades agités et violents, avec salle d'alitement; chambres d'isolement spacieuses et claires, installation hydrothérapique particulière; service pour les déprimés ou les demi-tranquilles, pourvu, lui aussi, d'une salle d'alitement et d'une salle de bains; service de convalescents; infirmerie, avec salle de pansements, d'opérations, d'hydrothérapie, d'électrothérapie. Des locaux différents sont, bien entendu, affectés aux psychopathes de chaque sexe.

Comme on le voit, la conception de cet Établissement, bien que réalisant un progrès sensible dans le domaine de l'assistance aux aliénés, différerait sous bien des rapports, de la conception du service ouvert que nous avons aujourd'hui.

D'abord, seuls les malades payants avaient le loisir d'y rentrer en dehors du régime de la loi de 1838. Ensuite, cette clinique d'Esquermes était autant un service de triage qu'un service de traitement. Le triage devrait se faire, à notre sens, beaucoup grâce à la consultation externe, très peu à l'intérieur du service, pour éviter, d'autre part cette promiscuité fâcheuse qui constitue un des principaux inconvénients des asiles.

Enfin, il nous semble actuellement inexact d'envisager le triage des malades ressortissant d'un service ouvert sous l'angle de la curabilité ou de la chronicité. Certains

malades, même curables à court terme, doivent être internés, tandis que d'autres, chroniques avérés, peuvent parfaitement trouver leur place dans un service ouvert. Il convient donc, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade, non pas de se demander s'il est curable — alors que souvent on l'ignore — mais bien de se dire si son état permet de la soustraire aux rigueurs tout aussi bien qu'au bénéfice de la loi de 1838.

III. — SERVICE OUVERT DE FLEURY-LES-AUBRAYS.

Le Dr Rayneau, dès 1909, désirant instituer un placement libre pour les psychopathes conscients de leur état et désirant se soigner, avait demandé l'affectation de deux pavillons de l'Asile que l'on projetait de construire à des malades « de régime commun admis en cure libre ».

C'est en 1913 que ce service put être créé. Il est situé sur la commune de Fleury-les-Aubrays, à l'orée de la forêt d'Orléans, à sept kilomètres de la ville.

L'établissement comporte : un hôpital de traitement proprement dit, mais qui fonctionne sous le couvert de la loi de 1838; il comprend, à côté des pavillons d'administration et d'observation, et des infirmeries, trois pavillons pour enfants anormaux ou arriérés; l'asile, affecté aux malades chroniques, agités, malpropres; un pensionnat et enfin un quartier pour malades non internés. Par la suite, du fait de la guerre et de l'encombrement des locaux par le Centre de psychiatrie militaire, les malades en cure libre ont dû être mélangés aux malades internés.

Sur un total de 3.111 entrées en dix ans, on relève 1.247 guérisons ou améliorations notables, ce qui fait une proportion de 40 %. Pour les psychopathes légers, la proportion est plus forte, puisque 70 % d'entre eux ont pu sortir guéris ou très améliorés.

**CENTRE DE NEURO-PSYCHIATRIE MILITAIRE
DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE
AU COURS DE LA GUERRE 1914-1918**

Dès le début de la guerre de 1914, les troubles mentaux aigus se produisirent en si grand nombre que l'hospitalisation des malades devint vite un important problème. Or, il était apparu inhumain d'infliger le préjudice de l'internement à nombre de malades qui, manifestement, n'auraient pas vu apparaître leurs troubles mentaux en période normale. L'idée du service ouvert de Psychiatrie s'imposait donc, et c'est ainsi que M. le D^r Baruk eut l'idée, au lieu de faire interner les malades qu'on lui envoyait, de transformer une partie des pavillons de l'Asile Départemental, en un centre ouvert et libre de Neuro-Psychiatrie militaire. Dès les premiers jours d'août, le Service fut organisé. Il devait fonctionner régulièrement jusqu'à la fin de l'année 1919.

Le but de ce service de Neuro-Psychiatrie était double. Il devait :

- 1^o Éviter les internements;
- 2^o Assurer le traitement des malades.

Éviter les internements était, en effet, une mesure importante et profitable en même temps pour les individus et pour l'armée.

En effet, les psychoses de guerre étaient pour la plupart des psychoses aiguës telles que : éthylisme aigu, confusion mentale, excitation hypomaniaque, dépression mélancolique, état dépressif d'origine organique. Ces affections étaient, en principe, destinées à guérir dans un délai relativement court et nécessitaient des soins immédiats. Elles comportaient en outre un minimum de réactions dangereuses ou antisociales. Aussi l'internement était-il superflu et il n'y avait pas lieu d'infliger à ces malades une tare qui les aurait suivis plus tard dans leur retour à la vie civile.

D'autre part, cette méthode s'avérait d'un grand intérêt pour l'armée et bien que la circulaire ministérielle ait été rapportée qui réformait d'office, au début de la guerre, tout militaire interné, il n'en restait pas moins vrai qu'un malade, ayant été atteint de troubles mentaux pouvait, dans l'avenir, faire valoir, à tous moments, son internement antérieur comme excuse à ses fautes.

Enfin, ce service présentait l'avantage considérable d'être un établissement hospitalier militaire ne différant pas des autres, mais où des malades étaient traités par des spécialistes habitués depuis longtemps à la pratique psychiatrique, au diagnostic et au traitement des maladies mentales. Il offrait une organisation déjà existante, une installation médicale appropriée et un personnel habitué aux emportements des malades mentaux.

M. le D^r Baruk, organisateur de ce service ouvert de Neuro-Psychiatrie militaire, donne, dans un ouvrage qu'il publiait sur ce sujet en 1920, avec la collaboration

du D^r Bessières d'intéressantes statistiques sur les résultats obtenus :

Du 9 avril 1914 fin à de décembre 1919, 941 militaires atteints d'affections mentales ou nerveuses, entrèrent dans les services. Voici quels en furent les modes de sortie :

<i>Modes de sortie</i>	<i>Sortants</i>
Rejoignant directement leur dépôt. . . .	113
Convalescence.	327
Passés dans le service auxiliaire	4
Réformés.	258
Transférés dans d'autres formations sanitaires.	61
Internés	135
Evadés.	3
Rapatriés.	6
Décédés	34
Total.	941

La durée du séjour de ces malades se répartit comme suit :

<i>Durée du séjour</i>	<i>Sortants</i>
Moins d'un mois	89
1 mois.	154
2 mois.	185
3 mois.	194
4 mois.	100
5 mois.	80
6 mois.	63
7 mois.	20
8 mois.	25
9 mois.	9
10 mois.	12
11 mois.	3
12 mois.	7
Total.	941

Comme nous le disions plus haut, la majorité de ces troubles était constituée par des psychoses aiguës, curables à court terme et on peut se rendre compte d'après ce tableau, que la majorité de ces malades, quittèrent le service au cours des quatre premiers mois de leur placement.

Ce service qui fonctionna à Sainte-Gemmes-sur-Loire tout le long de la guerre, peut donc être considéré comme un des premiers services ouverts puisque tous les malades, pensionnaires ou indigents, y furent indistinctement traités et qu'aucun d'eux ne fût soumis, dès les premiers jours de son traitement, à la loi de l'internement.

HOPITAL PSYCHIATRIQUE HENRI ROUSSELLE

A la lueur des expériences précédentes et en concrétisant, en quelque sorte, les efforts qui avaient été faits depuis de nombreuses années dans le domaine de l'assistance aux psychopathes, l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle devait s'élaborer peu à peu et fonctionner le 16 juin 1922, sous la direction du D^r Toulouse.

Cette organisation d'Assistance groupe, sous le nom de *Centre de prophylaxie mentale de la Seine*, trois éléments qui sont :

- 1^o *Le dispensaire;*
- 2^o *Les laboratoires;*
- 3^o *L'hôpital.*

1^o LE DISPENSAIRE PSYCHIATRIQUE.

Ce dispensaire comprend d'abord une consultation faite chaque jour, par plusieurs médecins. Les malades sont examinés et traités. Dans certains cas, ils peuvent être gardés quelques jours pour que puissent être pratiqués des examens complémentaires. De nombreuses consultations ont été organisées et fonctionnent à tour de rôle : consultations de :

Psychiatrie générale,
Etats anxieux et suicides,
Psychiatrie infantile,
Epileptiques,
Alcooliques,
Toxicomanies,
Psychothérapie,
Pathologie sexuelle,
Neurologie,
Médecine générale,
Chirurgie,
Peau-syphilis,
Ophthalmologie,
Oto-rhino-laryngologie,
Stomatologie,
Consultations juridiques,
Service social,
Visites à domicile.

En plus des malades qui viennent spontanément consulter au dispensaire, les malades en traitement à l'hôpital y sont également envoyés ainsi que, le cas échéant, d'autres malades des Asiles de la Seine.

En 1933, le D^r Toulouse, donnait sur le dispensaire les statistiques suivantes :

En 1952, les malades nouveaux se décomposent ainsi pour la provenance du plus grand nombre :

1059, envoyés par d'autres malades;
970, hôpitaux;

759, anciens malades des Asiles;
 658, journaux;
 652, médecin;
 450, affiches;
 431, œuvres;
 342, service social;
 333, admission de Sainte-Anne;
 311, Préfecture de Police;
 269, commissaires de police;
 203, envoyés par la Préfecture de la Seine;
 171, — la Clinique de la Faculté;
 163, — le service des visites à domicile.

MOUVEMENT DES CONSULTATIONS.

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Totaux</i>	<i>Consultants nouveaux</i>
1922.	1.944	1.295	3.239	1.847
1923.	3.193	5.074	8.267	3.046
1924.	4.671	4.930	9.601	3.000
1925.	4.476	5.952	10.428	3.155
1926.	5.025	6.119	11.144	3.204
1927.	5.503	6.457	11.960	3.481
1928.	6.958	7.024	13.982	4.838
1929.	9.060	8.329	17.389	5.745
1930.	10.765	11.058	22.823	6.781
1931.	12.813	13.316	26.129	7.979
1932.	13.904	15.806	29.710	7.960

On voit par ce tableau la progression rapide du nombre des consultants et l'intérêt que présentent ces mesures de dépistage et de traitement précoce des psychopathes.

A ce dispensaire est annexé un *service social* adapté à la psychiatrie (interrogatoires des malades et des familles, constitution d'une fiche, examen des dossiers, enquête, vérifications d'identité, demandes auprès des administrations, œuvres, etc...).

Ainsi qu'un *service de visites à domicile*.

2° LES LABORATOIRES.

Les laboratoires du centre de prophylaxie mentale sont au nombre de sept :

Chimie biologique,
Sérologie et bactériologie,
Hématologie,
Radiologie,
Physiologie,
Psychologie,
Anatomie pathologique.

Leur fonctionnement vise un double but : celui de fournir tous les renseignements dont la clinique a, chaque jour, de plus en plus besoin, et faciliter les recherches scientifiques qui permettent de mieux connaître les troubles psychiâtriques et leur étroite relation avec l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique et la biologie.

3^o L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

L'hôpital psychiatrique reçoit :

« a) Les malades atteints de tout état psycho-pathologique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838;

b) Les malades suspects de troubles pouvant nécessiter l'internement et pour la détermination desquels il est nécessaire de procéder à des examens médicaux et à des enquêtes complémentaires faites par le service social » (Toulouse).

L'admission, à l'hôpital Henri Rousselle, se fait dans les mêmes conditions que dans les hôpitaux et sous le régime de la loi de 1893 sur l'Assistance Médicale gratuite. Les malades reçus sont ceux qui sont atteints d'une affection mentale aiguë et qui peuvent bénéficier rapidement d'un traitement actif. Malheureusement le nombre restreint des lits (200) ne permet pas de conserver le temps désirable tous les malades justiciables de la cure libre et nombreux sont ceux qui, non encore guéris, doivent être, faute de place, dirigés sur les Asiles.

Par ailleurs, il est trois catégories de malades qui ne peuvent rester à l'hôpital :

« 1^o Les malades lucides, protestataires et non dangereux qui doivent sortir immédiatement sur leur demande;

« 2^o Les aliénés lucides protestataires et capables de réactions dangereuses (délirants chroniques). Ils seront placés à l'Asile, soit par les soins du médecin traitant,

soit envoyés dans les services d'observation où la décision sera prise;

« 3^o Les malades pour qui sont à la fois nécessaires et d'une façon prolongée, une surveillance et des moyens de contention qui sont peu compatibles avec l'organisation actuelle de l'hôpital » (Toulouse).

STATISTIQUE DES HOSPITALISATIONS.

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Totaux</i>
1922	153	235	388
1923	298	444	742
1924	385	626	1.011
1925	437	626	1.063
1926	561	776	1.337
1927	953	1.225	2.178
1928	1.250	1.633	2.883
1929	1.601	1.914	3.515
1930	1.649	1.963	3.612
1931	1.870	2.149	4.019
1932	1.940	2.412	4.352

SERVICE OUVERT

ANNEXE A L'ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE

En 1922, M. le Professeur Claude dans sa leçon inaugurale à la Chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, formait le vœu de voir se réaliser à l'Asile Sainte-Anne, un service ouvert : « Il est de toute nécessité, disait-il, aussi bien pour les recherches psychobiologiques que pour l'instruction des élèves, que la Clinique de la Faculté soit pourvue d'un service ouvert qui permette de donner à l'enseignement un caractère nouveau, en rapport avec la nature des affections mentales que l'on y traitera. Je caresse donc l'espoir de voir un jour accorder à la Clinique un certain nombre de lits pour malades non internés, parmi lesquels je trouverai, comme dans mon ancien service de Saint-Antoine, les sujets d'étude et d'enseignement tout autres que parmi les pensionnaires de la clinique Sainte-Anne. »

Ce service fut réalisé peu de temps après et a toujours fonctionné régulièrement. Les malades y sont admis par une consultation externe, ou sont envoyés de l'hôpital Henri-Rousselle.

Les seuls malades que l'on y traite sont ceux chez qui l'on ne soupçonne ni réactions dangereuses ni protestations. C'est le médecin qui les reçoit qui fait le

choix. Ils sont placés par chambres de un ou deux lits et jouissent de toutes les ressources de la thérapeutique moderne (une installation d'ondes courtes y donne, en particulier, des résultats intéressants).

Ce service ne comprend qu'un nombre assez restreint de lits mais, étant donné l'intérêt qu'il présente et la façon dont il répond aux besoins de nombreux malades, il serait à souhaiter qu'il puisse s'étendre et permettre aux malades d'y faire de longs séjours.

SERVICE OUVERT
ANNEXÉ A LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ
DE SAINT-MAURICE

En jetant un rapide coup d'œil sur les premiers services ouverts : Esquermes, Fleury-les-Aubrais, Sainte-Gemmes-sur-Loire, puis Henri-Rousselle, nous n'avons pas eu la prétention de faire l'historique complet des services libres, ce qui aurait dépassé de beaucoup le cadre de ce travail. Simplement, nous avons essayé de poser quelques jalons dans le chemin qu'a subi l'assistance aux malades mentaux.

A titre d'exemple et pour concrétiser, en quelque sorte, la conception que nous avons d'un tel service, nous exposerons en détail l'organisation matérielle et le fonctionnement d'un service ouvert de création récente, créé à la Maison Nationale de Charenton par un ancien collaborateur du Professeur Claude, le Dr Henri Baruk.

Ce service libre pour malades mentaux a été créé il y a un an, en mai 1935. Il ne comprend encore que huit lits, mais sa conception, son installation, le mode de placement et de traitement des malades, nous semblent atteindre d'une façon à peu près parfaite le but proposé.

LOCAUX.

Pavillon comportant huit chambres :

Quatre grandes chambres à deux fenêtres très vastes et très claires;

Quatre chambres plus petites à une fenêtre;

Une salle à manger gaie et installée;

Une cuisine;

W.-C., etc.

Les chambres donnent sur un jardin intérieur qui a été aménagé et d'où l'on découvre une vue très belle et très étendue sur toute la vallée de la Marne, les collines environnantes, etc...

La porte de ce jardin intérieur donne sur le grand parc de l'établissement non loin de l'entrée principale.

Ce pavillon est séparé du service fermé. On y accède par l'entrée spéciale distincte. Il est entouré de verdure, exposé dans son ensemble au midi et bien éclairé.

ORGANISATION INTÉRIEURE.

Service entièrement libre, porte ouverte sur le parc, les malades ne sont soumis à aucune contrainte même la plus minime. Les malades peuvent donc se promener librement dans le parc, lire, causer, se reposer, etc... Ils peuvent aussi sortir au dehors de l'établissement, à condition d'avoir une permission signée du Médecin-Chef. Ils doivent rester présents seulement dans les

chambres le matin, à l'heure habituelle de la visite médicale.

L'atmosphère du service doit évoquer le plus possible le calme et la détente; grâce à des dons généreux, une bibliothèque a pu être mise à la disposition des malades, composée de livres choisis par le médecin.

Les repas ont lieu à heures régulières 11 h. 1/2 et 18 heures. Les malades sont tenus d'être exacts aux repas.

ADMISSION ET RECRUTEMENT.

Le principe essentiel, c'est la sélection à l'entrée. Ne doivent donc pas être admis en principe les malades agités, aliénés, ou pouvant troubler les autres malades ou gêner leur repos. Ce principe consiste également à créer une atmosphère morale favorable en réunissant des sujets susceptibles de sympathiser et de s'aider mutuellement dans leur guérison.

Le recrutement se fait à la consultation externe qui a lieu tous les mardi et samedi matin. Les malades ne sont admis qu'après avoir été examinés par le médecin-chef, certains mêmes ont été suivis depuis quelque temps à la consultation externe.

Cependant, dans quelques cas, le malade a été envoyé directement dans le service.

Enfin, certains entrent au service libre comme convalescents sortant du service fermé : il en est ainsi de certains malades ne nécessitant plus de surveillance, mais ayant encore besoin de repos et de soins. Il en fut ainsi,

par exemple; de plusieurs malades déprimés en voie d'amélioration pour lesquels le passage au service libre accéléra incontestablement la guérison. Dans un autre cas, il s'agissait de troubles mentaux au cours d'une cardiopathie. Dès que les troubles mentaux s'atténuèrent, le malade passa au service libre où on acheva de lui soigner son insuffisance cardiaque.

La majorité de ces malades jusqu'à présent proviennent des hôpitaux de Paris (Salpêtrière, Saint-Louis, Laënnec, Pitié, etc...). D'autres y ont été envoyés par des médecins des Asiles ou sont venus directement à la consultation.

MOUVEMENTS ET EFFECTIFS.

Depuis un an environ ont été hospitalisés 46 malades. La durée du séjour a été très variable, en moyenne de un à trois mois, atteignant pour plusieurs malades plus de six mois. Deux malades ont fait deux séjours à des époques différentes.

Parfois le malade est entré seulement pour quelques jours en observation, dans le but de subir un examen, une ponction lombaire, par exemple, ou un examen neurologique ou psychiatrique un peu minutieux.

Les internements sont restés très rares : 4 internements sur 46 cas. En pareil cas le passage au service fermé se fait de la façon suivante : on fait appel d'abord à la famille afin de lui signaler la situation et d'agir d'accord avec elle. C'est dire que seuls sont effectués des placements volontaires. Ensuite un médecin étran-

ger à la Maison vient examiner le malade afin d'établir le certificat médical. Ce passage du service libre au service fermé est fait avec la plus grande douceur pour que le malade ne soit pas surpris et déplacé sans avis préalable. Il est averti que pour recevoir certains soins il vaudra mieux qu'il change momentanément de service, quitte à revenir ensuite. La douceur, la sincérité surtout vis-à-vis du malade dans ces circonstances si délicates ont une importance considérable sur l'évolution de la maladie et les chances du traitement ultérieur.

Lorsqu'il se produit une modification brusque et imprévue de l'état du malade, il peut se faire qu'on n'ait pas le temps de réaliser les formalités et les préparatifs nécessaires : par exemple, une fois, un paralytique général très calme jusque-là, a été pris soudain d'une crise d'automatisme ambulatoire de type comitial avec impulsions. On ne pouvait garder au service libre le malade le temps suffisant de convoquer la famille et de faire le certificat médical. Sous aucun prétexte l'emploi du moindre moyen de contention n'est admis dans un service libre. Dans ces conditions, le malade a été conduit immédiatement, par l'ambulance de l'établissement, et après avoir prévenu la famille, à l'hôpital Henri-Rousselle, où fonctionne un service d'urgence et de triage.

MALADES TRAITÉS.

Les diagnostics concernant les 46 malades de l'année, se répartissent comme suit :

Dépression nerveuse simple (obsession, asthénie, etc.).	15
Dépression nerveuse prodromique de schizophrénie	4
Syphilis nerveuse	2
Épilepsie	2
Toxicomanie	1
Accidents pithiatiques	3
Cénestopathies	2
Céphalées d'origines diverses	3
Syndromes subjectifs de traumatismes crâniens	1
Cyclothymie	2
Encéphalite	1
Débilité mentale, arciérations, perversions infantiles ou juvéniles	5
Arachnoidite	1
Confusion mentale toxique	1
Hémiplégie, aphaxie	1

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

Se répartissent comme suit :

Sortis guéris ou améliorés	26
Non améliorés	7
Internés	4
Décédés	1

CONCLUSIONS.

Service essentiellement de *traitement*.

Organisé surtout en vue de l'*examen et du traitement individuel* des malades.

S'adressant à une catégorie *limitée* de malades distincts de ceux justiciables du service fermé (troubles névropathiques, périodes prodromiques des psychoses, périodes d'alarme durant laquelle se manifestent les premiers signes de fatigue nerveuse).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES SERVICES OUVERTS

LEURS RAISONS D'ÊTRE.

Un fait domine, à notre avis, la question : il existe une catégorie bien définie de malades mentaux qui ne peuvent, d'une part, être utilement soignés dans le milieu familial et pour lesquels, d'autre part, l'internement dans un asile d'aliénés paraît une mesure toujours inutile, quelquefois gênante et souvent nuisible.

Le séjour que nous avons fait dans un asile d'aliénés nous a permis de constater très souvent que la nécessité d'un service spécial pour de semblables malades s'imposait. D'un point de vue social d'abord, on ne peut prétendre que des malades lucides, clames, conscients de leur état, n'étant nullement susceptibles de présenter des réactions dangereuses pour eux-mêmes ou pour autrui et désirant se soumettre à un traitement, en soient réduits, faute d'établissements appropriés, à entrer dans un service d'asile et à subir les formalités de l'internement avec certificats communiqués à la Préfecture, enquête de gendarmerie, etc... Si pour la grande majorité des malades

mentaux la loi du 30 juin 1838, loin d'être une entrave, constitue au contraire un bienfait et une protection, pour d'autres, elle est une mesure inutile qui souvent les effraie, les inquiète à juste titre et les fait hésiter longtemps avant de se résoudre à se faire soigner.

Il en résulte que ces malades qui, soignés dès le début de leur affection, auraient vu leurs troubles mentaux céder à un traitement précoce, ne rentrent à l'asile que lorsque la maladie a évolué, s'est aggravée ou est entrée dans sa phase de chronicité. Car il est bien évident — et c'est aujourd'hui une conception universellement admise — qu'un traitement précoce en matière de psychiatrie a le même intérêt que lorsqu'il s'agit d'une affection organique quelconque et que les chances de guérison en sont également accrues.

Donc, à ce seul point de vue, l'existence de services libres où l'on puisse entrer sans plus de formalités que dans un hôpital ordinaire correspond à une nécessité.

Le besoin ne s'en fait pas moins sentir d'un point de vue médical. Certains malades, non aliénés, ne présentant pas de délire proprement dit, ont surtout besoin, en dehors des traitements médicamenteux ou par agents physiques, de calme, d'isolement, de repos; il leur faut une atmosphère morale, un « climat » favorables au rétablissement de leur équilibre psychique. Or, le contact *inévitabile* avec d'autres malades agités, turbulents, déli-rants, est susceptible chez certains d'entre eux, de provoquer des réactions fâcheuses : « N'est-ce pas le poète de l'art d'aimer, disait le professeur Claude, qui exilé loin du ciel bleu de l'Italie exprimait amèrement dans les

Tristes son état d'âme : « *Mens que patit durum sustinet
œgra nihil.* Et en effet un esprit malade ne peut rien
supporter de pénible. » Tous les efforts doivent tendre
à lui éviter tout ce qui pourrait aggraver ses craintes, ses
frayeurs, son nervosisme.

**QUELS SONT LES MALADES
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE UTILEMENT SOIGNÉS
DANS DE TELS SERVICES?**

1° Une des indications principales des services ouverts comprend certaines formes de *dépressions nerveuses* : les malades atteints d'*asthénie* qu'elle soit psycho-physique constitutionnelle ou acquise; *mélancoliques*, sans idées de suicide.

2° Y seront également soignés avec profit les *petits anxieux*, les neurasthéniques qui accusent des *préoccupations hypocondriaques*, des *interprétations cenesthopathiques*, les *insomniques*, les *obsédés*, les *douteurs*, les *scrupuleux*.

3° On peut admettre les *épileptiques* ne présentant pas de réactions violentes, mais atteints seulement de troubles post-paroxystiques tels que des états confusionnels par exemple.

4° Une autre catégorie est celle des *pithiatiques* sur lesquels une psychothérapie pourrait avoir d'heureux effets.

5° Certaines formes de *syphilis nerveuses* rentrent également dans le cadre des maladies à admettre en service ouvert : ce sont des syphilis cérébrales, certaines paralysies générales calmes.

6° Enfin, les *toxicomanes* peuvent y être traités à con-

dition qu'ils puissent se soumettre eux-mêmes à la discipline qu'on leur impose. Mais leur volonté est, par hypothèse, trop souvent défaillante et ces malades ne peuvent la plupart du temps, trouver que dans les asiles ou dans certaines maisons de santé fermées, la surveillance qui leur est nécessaire.

7° On pourrait ajouter à cette liste certains malades relevant de la *pathologie sexuelle*.

Nous donnons ici trois exemples de malades justiciables d'un traitement en service ouvert : une dépression mélancolique simple, une psychasthénique avec préoccupations hypocondriaques; une psychose puerpérale avec obsessions. Nous aurions pu produire bien d'autres observations d'états analogues ou voisins mais nous insistons sur ce point que ce n'est pas seulement l'étiquette de la maladie qu'il faut considérer mais la forme que revêt cette maladie et les réactions qu'elle entraîne chez le malade.

OBSERVATION I.

Maria C..., âgée de 31 ans, cultivatrice.

1^o ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Parents vivants et bien portants, une sœur en bonne santé. Pas de fausse-couche, pas d'éthylisme, pas de vésanies dans la famille.

2^o ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aucune maladie grave à signaler dans l'enfance. Premières règles à 15 ans. Elle a fait, à cette époque, une crise psychasthénique qui a pu être soignée dans le milieu familial et a été de courte durée. Toujours bien portante depuis, elle s'est mariée et a eu deux enfants.

3^o HISTOIRE DE LA MALADIE. — Pendant sa troisième gros-

sesse, à l'âge de 25 ans, elle commence à perdre le goût du travail, dit qu'elle « ne mènera pas au bout son enfant ». Elle accouche à terme, normalement et, quelques jours après, elle est prise d'un délire mystique : le bon Dieu l'appelle, il faut qu'elle s'en aille. Elle dort mal, reste triste, absorbée, parle peu. Cependant, elle se rend compte qu'elle est malade. Elle éprouve des impulsions à frapper ses enfants et à se faire du mal à elle-même. Elle essaye de les combattre, y arrive, mais en souffre beaucoup **et** s'en plaint continuellement. Elle rentre à l'Asile sur le conseil de son médecin, qui rédige le certificat suivant :

« M^{me} C... a eu un enfant le 2 janvier 1930 (son 3^e). Le lendemain, elle s'est trouvée fatiguée et énervée. Elle s'est levée le 6^e jour après l'accouchement et depuis ce temps, elle ne s'est jamais sentie capable de travailler. Son travail l'ennuyait. Elle ne pouvait supporter ses enfants. Depuis six jours, elle est agitée, parle de se détruire et de tuer ses enfants. M^{me} C... ne peut recevoir chez elle les soins dont elle a besoin et doit être hospitalisée dans une maison de santé. »

Certificat immédiat. — « La nommée C... est atteinte de psychose puerpérale caractérisée par de la tristesse, de la dépression, des impulsions et des obsessions au suicide et au meurtre. »

Entrée à l'Asile le 20 mars 1930, elle en sort le 21 juin très améliorée, peut reprendre ses occupations et les troubles mentaux disparaissent peu à peu. La malade a, dans les années qui suivent, deux nouveaux enfants, très bien portants.

4^e ÉTAT ACTUEL. — Vers la fin de février 1936, après une courte période prodromique, les troubles mentaux se sont à nouveau manifestés et la malade est aussitôt reconduite à l'Asile.

Certificat immédiat (29 février 1936). — « La nommée C... est atteinte de psychose périodique caractérisée actuellement par un état de dépression avec tristesse, obsessions et impulsions conscientes aux actes de violence, notamment à l'égard de ses enfants et de son mari. »

La malade présente un état général excellent et l'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Elle accuse une céphalée en casque persistante. Elle dort mal.

Le fait qui domine est qu'elle est obsédée par la crainte de faire du mal à autrui, d'étrangler ou de blesser les personnes de son entourage. Elle a l'impulsion qu'une force étrangère à elle-même la pousse malgré elle à des actes qu'elle réprouve. Elle ne veut pas toucher de couteaux ou d'instruments tranchants de peur d'être forcée à s'en servir pour blesser quelqu'un. Elle lutte continuellement contre ces obsessions, se désole, a des crises de larmes, de découragement, croit qu'elle ne guérira pas et qu'elle ne pourra jamais plus retourner chez elle. Elle est parfaitement lucide, se rend parfaitement compte de son état et, quand on l'interroge, elle analyse fort bien les troubles qu'elle ressent.

Comme son mari hésitait à la reconduire à l'Asile, elle lui disait : « Tu vois bien que j'ai déjà fait des bêtises, que c'est plus fort que moi, si tu me laisses plus longtemps ici, je ferai sûrement du mal à mes enfants ». Elle est calme, se laisse bien soigner et désire guérir.

*
* *

Cette même malade pourrait avoir fait des tentatives de suicide ou s'être livrée à des actes de violence. Jamais elle

n'en est arrivée à ce stade. Telle qu'elle se présente actuellement, elle conserve le contrôle d'elle-même et souffre d'en être réduite à l'internement.

OBSERVATION II.

Marie-Louise P..., âgée de 62 ans, lingère.

1^o PAS D'ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES (père et mère morts très âgés).

2^o ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladies graves. Vers l'âge de 30 ans, elle aurait présenté une intoxication lente par l'oxyde de carbone. Jamais de troubles de la menstruation. Ménopause normale.

3^o HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers l'âge de 45 ans, elle aurait traversé une courte période dépressive et aurait également éprouvé quelques troubles cénesthopathiques. A 50 ans, elle se plaint de nombreux phénomènes subjectifs : spasmes, constriction thoracique, sensations d'étouffement, topoalgies multiples. Elle se « sent en ébullition », est persuadée qu'elle est atteinte d'une maladie grave, se préoccupe continuellement de sa santé. Sur le conseil de son médecin, elle rentre à l'Asile de Sainte-Gemmes.

Certificat immédiat. — « La nommée P... est atteinte d'un état psychasthénique se traduisant par des préoccupations hypocondriaques multiples (elle pense être bien malade, souffre partout, etc...) et des troubles névropathiques (spasmes hoquets, etc...), a besoin de soins spéciaux qu'elle réclame d'ailleurs elle-même. »

Après un séjour relativement court à l'Asile (un mois et demi), elle sort très améliorée.

A l'âge de 58 ans, les mêmes troubles se reproduisirent. Elle demande à rentrer à l'hôpital d'Angers. Admise dans un service de médecine générale; on lui trouve une glycosurie importante cédant peu au régime alimentaire. Devant la multiplicité des troubles psychiques qu'elle présente, on l'envoie à l'Asile.

Elle accuse, comme la première fois, des troubles de la cénesthésie : « Je sens quelque chose qui me court par tout le corps, qui m'étouffe dans la gorge ». Elle est prise à intervalles irréguliers, de hoquets, éprouve des vertiges, des troubles de la vue. Elle se préoccupe beaucoup de sa santé et se montre très affectée d'en être réduite à vivre dans une asile.

. . .

Cette malade est calme, n'a jamais eu d'idées de suicide. Elle se rend parfaitement compte de sa situation et désire se faire soigner. Elle n'a pu rester dans le service à l'hôpital, mais l'internement est, chez elle, une mesure inutile. Sa place serait toute indiquée dans un service ouvert.

OBSERVATION III.

Aimée Ch..., 40 ans, sans profession.

1^o ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à retenir. Aucun antécédent vésanique.

2^o ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladies graves. A eu deux enfants, actuellement en excellente santé. Vers l'âge de 30 ans, a fait des coliques hépatiques.

3^o HISTOIRE DE LA MALADIE. — Il y a un mois, la malade

est devenue triste, déprimée, s'occupait moins de son ménage. Elle se montrait découragée, se disait perdue, s'accusait de multiples fautes. Comme son état ne s'améliorait pas, elle rentra à l'asile où le médecin rédigeait le certificat :

Certificat immédiat. — « La nommée Ch... est atteinte de dépression mélancolique avec découragement; idées de ruine, scrupules, auto-accusations. »

La malade est calme mais reste déprimée, parle peu, semble incapable de toute activité. Elle se dit perdue mais peut difficilement expliquer l'origine de cette impression. Elle présente des scrupules et analyse les moindres faits de sa vie pour les interpréter dans un but qui lui soit défavorable.

Elle se reproche d'être devenue dure, égoïste, froide, de n'être plus capable d'aimer sa famille comme auparavant. Les enfants, son mari vont mourir... C'est le déshonneur qui attend sa famille...

Elle dort mal et, quand elle dort, son sommeil est troublé de cauchemars. Elle présente des troubles digestifs : langue sale, digestion pénible, constipation. L'alimentation est irrégulière. On note un léger amaigrissement.

Cette malade est calme, n'a jamais présenté de phases anxieuses avec agitation et impulsions au suicide. Bien qu'elle ne se rende pas compte que toutes ses craintes, sa douleur morale soient d'origine pathologique, elle reconnaît néanmoins qu'elle est malade et qu'elle a besoin de se soigner.

Cette malade peut être curable et son comportement permet un traitement en service ouvert.

DE LA SITUATION DES SERVICES OUVERTS PAR RAPPORT AUX ORGANISMES HOSPITALIERS PRÉEXISTANTS

Il est arrivé très souvent, au cours de ces dernières années, que l'on se demande si ces services libres tels que nous venons de les décrire devraient constituer un service ordinaire d'hôpital ou s'il convenait de les annexer aux asiles.

La question, nous semble-t-il, n'est pas à poser sous forme de dilemme et nous pouvons répondre que les deux solutions se justifient.

Tout dernièrement, trois communications ont été faites à la Société médico-psychologique, par M. Crouzon, sur son service de malades mentaux à la Salpêtrière, par MM. Laignel-Lavastine et d'Hencqueville sur le Service de Psychiatrie d'urgence de la Pitié et par MM. Pagniez et Ceillier, sur le service de psychiatrie d'urgence de l'Hôpital Saint-Antoine.

De ces communications et des discussions qui ont suivi, il ressort que ces services des Hôpitaux font œuvre extrêmement utile et les résultats qu'ils publient témoignent de leur part d'une très grande activité. Nous donnons, à titres d'exemples les statistiques suivantes :

LE PAVILLON CHARLES QUENTIN,
HÔPITAL DE LA PITIÉ :

a reçu :

En 1933	312	malades entrants
En 1934	337	— —
En 1935	301	— —

soit une moyenne par an de 317 malades, une moyenne par an et par lit de 32 malades.

LE SERVICE DE LA SALPÊTRIÈRE (M. CROUZON)

a reçu :

En 10 ans (1923-1933)	3.456	malades
Soit, en moyenne, par an	375	—
Moyenne par an et par lit.	6	—

LE SERVICE DE L'HÔPITAL TENON

a reçu :

Pendant 21 mois.	295	malades
Soit une moyenne par an de.	168	—
Moyenne par an et par lit de	33	—

LE SERVICE D'ISOLEMENT DE LARIBOISIÈRE

a reçu :

Pendant une période de 4 ans	897	malades
Soit par an	224	—
Moyenne par an et par lit de	28	—

LE PAVILLON DUPRÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

a reçu :

1^o de novembre 1923 à décembre

1934 (6 lits). 4.273 malades

Soit une moyenne par an de. . . . 385 —

2^o en 1935 (service de 10 lits) . . . 485 —

Soit, par lit. 48,5 —

Les malades qui rentrent dans ces services viennent des autres services de l'Hôpital ou sont envoyés par la consultation. Ces services reçoivent donc, d'une part, des malades venant consulter pour leurs troubles mentaux, d'autre part des malades en traitement dans les divers services adjacents qui présentent une psychopathie relevant d'une maladie organique en cours de traitement. M. Laignel-Lavastine donne une liste schématique des malades admis :

« 1^o Malades relevant de la neurologie organique et de l'endocrinologie, au cours d'épisodes ou de raptus anxieux :

accès anxieux;

onirisme;

tentatives de suicide, etc...

2^o Confusions mentales d'origine lésionnelle (traumatismes et tumeurs) et excitations consécutives aux opérations sur l'encéphale.

3^o Alcooliques en état de délire subaigu, soit spontané, soit secondaire à un traumatisme, une opération chirurg-

gicale, ou une pneumonie ou toutes affections médicales.

4^o Affaiblis séniles ou artério-scléreux, traités pour une affection aiguë, qui ont présenté de la turbulence nocturne.

5^o Paralytiques généraux, hospitalisés pour une affection intercurrente et qui se révèlent par leur excitation.

6^o Puerpérales avec syndrome maniaque ou confusionnel, sujets atteints d'affections pulmonaires aiguës avec confusion, asystoliques obnubilés. »

Comme on le voit, ces services d'hôpitaux pour mentaux aigus répondent à une nécessité et il serait à souhaiter que l'usage s'en répandit dans tous les grands hôpitaux parisiens. Il en existe de semblables dans d'autres grandes villes, en particulier à l'hôpital Grange-Blanche, de Lyon, dans le service du professeur Lépine. Cependant si dans les très grands centres, de tels services fonctionnent admirablement et offrent toutes les garanties nécessaires, dans les autres petites villes, il serait à craindre qu'ils ne deviennent rapidement un « dépotoir à aliénés » où les malades considérés comme inintéressants ou indésirables, seraient confinés dans des services mal organisés ou soignés par des médecins non spécialisés. Le danger serait donc de retomber dans l'erreur qui consistait à conserver jadis, dans un lit ou dans un cabanon, des malades mentaux qui voyaient leurs troubles s'aggraver et que l'on n'envoyait que trop tard aux asiles.

D'autre part, l'organisation hospitalière se prête mal, du fait de l'insuffisance de la surveillance et du manque d'entraînement spécial du personnel secondaire, au traitement d'états mentaux qui, bénins au début peuvent

subitement s'aggraver. Or, les nuances qui séparent les mentaux avérés des psychiques légers sont souvent trop délicates pour que la discrimination puisse d'emblée être faite.

C'est pourquoi il nous semble que sauf, répétons-le dans les très grands centres hospitaliers où toute l'organisation souhaitable pourra être réalisée, les services ouverts ont intérêt à être installés, en province, à proximité immédiate des asiles.

L'asile n'est plus le parc à aliénés qu'il était autrefois et, de plus en plus, il s'adapte aux exigences médicales modernes. Son emplacement — généralement à la campagne ou dans un quartier tranquille — son installation matérielle justifient le voisinage du service fermé avec le service ouvert. Il dispose d'un personnel habitué au comportement des malades mentaux, possédant les qualités de douceur et de patience qu'exige une telle profession. De même, la connaissance de la psychiâtrie que seule peut conférer une longue pratique des malades mentaux, désigne tout naturellement les Médecins des Asiles au rôle de Médecin du service ouvert.

Enfin, et c'est là, un des grands avantages de cette conception, il pourra ainsi s'établir un double mouvement : mouvement venant de l'extérieur et venant de l'asile.

Certains malades, entrés directement au service ouvert, voient leurs troubles s'aggraver à un point tel que leur maintien en cure libre n'est plus possible et que leur internement s'impose. Après les formalités accomplies avec l'assentiment de la famille, ces malades passent très

facilement en service fermé. Dès que la période aiguë est terminée, rien ne s'oppose à ce qu'ils repassent au service ouvert.

Au contraire, le service ouvert situé à proximité de l'asile peut en constituer, dans bien des cas, le prolongement. Un malade entré à l'Asile pour des manifestations délirantes aiguës pourra, une fois entré en convalescence, passer dans le service ouvert qui constituera une transition heureuse entre l'asile et le milieu familial.

CONCLUSIONS

1° L'assistance psychiatrique, en France, s'est complétée, depuis quelques années, par la création d'organisations hospitalières nouvelles, désormais connues sous le nom habituel de « Services ouverts pour malades mentaux ».

2° Ces services correspondent à un besoin et constituent un progrès. Ils s'adressent à une catégorie de malades calmes, lucides, non protestataires, n'étant pas susceptibles de présenter des réactions dangereuses pour eux-mêmes ou pour autrui, et acceptant d'être soignés, tels que les psychasthéniques, certains mélancoliques, les petits anxieux, les hypochondriaques, les obsédés, les scrupuleux, etc...

3° Ces services ouverts permettent d'éviter un internement souvent inutile, et, en facilitant une hospitalisation plus libre et plus précoce, réalisent les meilleures conditions possibles de traitement.

4° Il en est qui fonctionnent depuis longtemps dans certains grands hôpitaux. Ils ont leurs indications précises et peuvent donner d'excellents résultats, mais ils ne sont possibles que dans les très grands centres pourvus d'une installation matérielle appropriée et de médecins spécialistes.

5° Actuellement, et dans la majorité des cas, ces services ouverts offriront les meilleures garanties d'organisation et de traitement en étant annexés à des asiles médicalement installés :

a) Pour des raisons administratives et financières;

b) Parce que l'emplacement et les locaux des asiles sont mieux adaptés que ceux d'autres Etablissements aux nécessités d'une thérapeutique psychiâtrique, et que leur personnel est déjà entraîné au comportement des malades mentaux;

c) Parce qu'enfin, dans la plupart des villes de province, les médecins du cadre des asiles sont seuls habitués à l'étude du psychisme, et qu'ils offrent des garanties suffisantes pour que de tels malades puissent leur être confié.

Vu : le Président de la thèse,

H. CLAUDE

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY, HAMEL, PRIVAT DE FORTUNIE et ARSIMOLES. — L'organisation de technique des hôpitaux pour malades mentaux (*Aliéniste français*, décembre 1930, p. 347).
- ANTHEAUME. — Chronique de l'Hygiène Mentale (*l'Hygiène mentale*, XX, 1925, p. 106).
- BARUK (H.). — La question des services ouverts et l'évolution de la psychiatrie médicale (*Aliéniste français*, février 1933, p. 73).
- BARUK (J.) et BESSIÈRES. — Quelques considérations sur la Neuro-Psychiatrie de Guerre (Angers, Siraudeau, éditeur 1920).
- BENON. — La réforme du régime des aliénés (*Journal des aliénés, Journal des praticiens*, 21 avril 1928, p. 263).
- BOBÉ. — Les colonies familiales d'aliénés (*Thèse de Paris*, 1933, Amédée Legrand, éditeur, Paris).
- BOITEUX. — De la nécessité des services ouverts pour le traitement des aliénés et des psychopathies (*Thèse de Montpellier*, 1922).
- BOURQUIN. — Étude sur l'amélioration du régime des aliénés (*Thèse de Paris*, 1925, Jouve, éditeur).
- CARRETTE. — Tenon et l'Assistance aux aliénés à la fin du XVIII^e siècle (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1925).
- CLAUDE (H.). — La réforme de l'assistance aux psychopathes

(Leçon inaugurale à la chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. *Paris médical*, 27 mai 1922).

COLIN. — Les services ouverts (*Annales médico-psychologiques*, avril 1924, p. 370).

COURBON. — A propos de l'hôpital psychiatrique (*Informateur des aliénistes et neurologistes*, mars 1923, p. 62).

CROUZON. — Assistance et déplacement des aliénés (*Presse médicale*, 21 mars 1925).

DEMAY. — Le référendum sur les services ouverts (*Aliéniste français*, mars 1933, p. 139).

— Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'Asile (*Annales méd. psych.*, mars 1928, p. 193).

DIDE. — L'assistance doit différer pour les maladies mentales et les infirmités psychiques (*L'Hygiène mentale*, janvier 1933, p. 1).

DUBIEF. — Le régime des aliénés (1 vol., Rousset, édit., Paris, 1909).

EUZIÈRE. — De quelques avantages des services ouverts pour le traitement des aliénés (*Languedoc médical*, 10 août 1921).

FABRE. — Le placement familial des aliénés en France. Ses avantages, ses inconvénients (*Thèse Lyon*).

FAIL. — Essai sur un nouveau mode de placement familial des psychopathes économiques et humanitaire (*Thèse Paris*, 1927, Jouve, édit.).

GODARD (J.). — La réforme de l'Assistance aux aliénés (*Archives de Neurologie*, t. II, vol. II, août-sept. 1928, p. 74).

- HUBERT. — La protection légale des aliénés en France (*Thèse Doctorat en Droit*, Paris, 1902, Rousseau, édit.).
- LACROIX-DUPOUY. — Les services ouverts dans les asiles. La conception de l'hôpital psychiatrique, le dispensaire de prophylaxie mentale et le service social (*Thèse Paris*, 1926, Jouve, édit.).
- LAIGNEL-LAVASTINE et d'HEUCQUEVILLE (G.). — Statistique du service de psychiatrie d'urgence de la Pitié (*Annales Méd. Psych.*, mars 1936, p. 144).
- LEGRAIN. — Le projet Grinda et l'Hygiène mentale (*Ann. Méd. Psych.*, avril 1922, p. 298).
- De quelques erreurs et abus dans l'application de la loi de 1838 (*Hygiène mentale*, XXII, mai 1927, p. 63).
- MAHON. — Assistance des psychopathes de tous ordres (*Aliéniste français*, décembre 1929, p. 259).
- MALLET. — A propos des services ouverts pour psychopathes (*Presse médicale*, 2 déc. 1922).
- MANGER et MARIE. — A propos du trentenaire de la colonie familiale de la Seine de Dun-sur-Auron (1 broch., imp. M. Pagé, Clamart).
- MARIE. — La réforme de l'assistance aux aliénés (1 vol., Paris, Éditions Médicales, 1928).
- MERKLEN MINVIELLE et HIRSCHBERG. — Au sujet des services ouverts. A propos d'une statistique du service de psychiques de l'hôpital Tenon (*Informateur des alién. et Neurol.*, novembre 1923, p. 205).
- MEYERS. — Le service ouvert pour psychopathes d'Amsterdam (*Congrès d'Hygiène Mentale*, Paris, 1922).
- NAGUERRA et GORRIZ. — L'assistance aux aliénés (*El Siglo Medico*, 10 déc. 1932).

- PAGNIEZ et CEILLIER. — Remarques et statistiques sur le service de psychiâtrie d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine (*Ann. Méd. Psych.*, avril 1936, p. 589).
- POROT. — Résultat d'une expérience de service ouvert en Tunisie (*Inf. des Aliénés*, 1923, p. 111).
- RAVIART et JULLIEN. — L'évolution de l'assistance psychiâtrique vers les services sans internement. La clinique d'Esquermes à Lille (*L'Hygiène Mentale*, XX, 1925).
- RAVIART et HANNARD (P.). — La révision de la loi sur les aliénés et les hôpitaux psychiâtriques (*Inf. des Aliénés et Neur.*, 25 mai 1914, p. 172).
- RAYNEAU. — Notice sur l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (impr. Orléanaise, Orléans, 1923).
- Où et comment on doit traiter les psychopathes (*Hyg. Ment.*, XX, mai 1925, p. 156).
- RAYNIER. — En marge des discussions devant la Société médico-psychologique sur les malades dits « petits mentaux » et la création des « services ouverts » (*Ann. Méd. Psych.*, oct. 1922, p. 216).
- RAYNIER et BEAUDOIN. — L'aliéné et les asiles d'aliénés (Le François, éd., Paris, 1930).
- RÉGIS. — Les délirants des hôpitaux (*Presse médicale*, 1902, II, 645).
- RÉPOND. — Hygiène mentale et hôpital psychiâtrique (*Hygiène Mentale* de sept. 1926, p. 197; de nov. 1926, p. 213; de janv. 1927, p. 1; de fév. 1927, p. 17).
- SÉRIEUX. — Traitement des maladies mentales à la Bastille (*Archives de Neurologie*, avril à décembre 1922).
- SÉRIEUX et LIBERT. — Les anormaux constitutionnels à la

Bastille (XXII^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française).

- Le régime des aliénés en France au XVIII^e siècle, d'après des documents inédits (*Ann. Méd. Psych.*, juillet 1914).

SIMON. — Les services ouverts (*Ann. Méd. Psych.*, 1922, II, p. 348).

TOULOUSE. — L'hôpital psychiatrique ouvert et le centre de prophylaxie mentale de la Seine (*Ann. Méd. Psych.*, avril 1933, p. 472).

- Les réformes dans les asiles de la Seine (*Revue de Psychiâtrie*, novembre 1913, p. 441).
- L'organisation de l'hôpital psychiatrique et son rôle dans la vie sociale (*Rapport au Congrès de Washington*, 1930).
- Les services ouverts à propos d'un procès récent (*Inf. des Aliénés et Neurol.*, 1924, p. 153).

TOULOUSE, DUPOUY et COURTOIS. — Les services ouverts pour psychopathes (*La Prophylaxie mentale*, mai-décembre 1932, n^o 35, p. 543).

TOULOUSE et DUPOUY. — De la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques (*Hyg. Mentale*, juin 1927, p. 83).

TOULOUSE, GENIL-PERRIN et TARGOWLA. — La prophylaxie mentale (in vol. sur la Médecine sociale, p. 623 et suiv., dans le traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau, Dumas et Baboneix).

TOULOUSE et GENIL-PERRIN. — Les dispensaires psychiatriques et les services ouverts pour psychopathes

(Congrès international de propagande d'Hygiène sociale et d'Éducation prophylactique sanitaire et morale, Paris, 1923).

VIÉ (J.). — Les aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare aux xvii^e et xviii^e siècles (1 vol., Masson, éd., Paris, 1930).

Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris. — 6-36
